	<b>DOMANDA DI TRASFERIMENTO</b>	Marca da bollo	<b>M ALBO 010</b>
			Rev.02 Pag. 1 di 3 10.10.2011
<b>N. prot.</b> <b>Data</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pratica controllata</b>	<b>N. Iscr.</b>	<b>Data CD</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Pratica completa</b>	<b>Data</b>	

**Egregio Presidente del Collegio IP.AS.VI. Provincia di Brescia**

Il /La sottoscritto/a (Cognome) \_\_\_\_\_ (Nome) \_\_\_\_\_

Iscritto al Collegio IPASVI della Provincia di \_\_\_\_\_

**Chiede il trasferimento di iscrizione dal suddetto Collegio a quello Provinciale di Brescia.**

A tale fine consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 46, 76 DPR 28/12/2000 N. 445)

**DICHIARA:**

- Di essere nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- Di essere residente nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

**Da compilare se diverso dalla residenza**

- Di essere domiciliato nel comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_  
 Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_
- Di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ e di godere dei diritti civili
- Di essere in possesso del permesso di soggiorno di tipo \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito in data \_\_\_\_\_ presso (Scuola /Università) \_\_\_\_\_  
 Il titolo professionale di  **Infermiere**  **Assistente Sanitario**  **Infermiere pediatrico**
- Di non aver riportato condanne penali.  Di aver riportato le seguenti condanne penali (Specificare)  
 \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso del seguente numero Codice Fiscale \_\_\_\_\_
- Di non essere iscritto ad altro Collegio provinciale Ipasvi (in caso positivo scrivere quale \_\_\_\_\_)

Brescia, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante \_\_\_\_\_

**(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)**

Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 DPR 445/2000)



## DOMANDA DI TRASFERIMENTO

M ALBO 010

Rev.02

Pag. 2 di 3

10.10.2011

### Informativa D.Lgs 196/2003 art. 13

Egregio signore, Gentile signora, La informiamo che:

- Il conferimento dei dati è obbligatorio ai sensi dell'art. 9 del DLCPS 233/46 e susseguente art. 4 del DPR 221/50 per ottenere l'iscrizione all'albo;
- In caso rifiutasse di fornire i dati non sarà possibile attivare l'istruttoria per procedere all'eventuale iscrizione all'albo;
- I dati da lei dichiarati saranno utilizzati dagli uffici esclusivamente per l'istruttoria della domanda da lei formulata, per le finalità ad essa strettamente connesse e per gli scopi istituzionali del Collegio di cui all'art. 3 del DLCPS 233/46;
- Il trattamento è effettuato: a) con strumenti cartacei; b) con elaboratori elettronici a disposizione presso la sede del Collegio IPASVI di Brescia;
- I dati saranno comunicati ai soggetti di cui all'art. 2 del DPR 221/50 ed eventualmente ad altri soggetti ai soli fini di perseguire gli scopi prescritti dall'art. 3 del DLCPS 233/46;
- Il titolare del trattamento è il Presidente pro tempore;
- Il responsabile del trattamento è la Segretaria pro tempore del Collegio;
- Lei può in ogni momento esercitare i diritti d'accesso, rettifica, aggiornamento e integrazione dei dati come previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003 rivolgendosi presso la sede di questo Collegio Via P. Metastasio, 26, Brescia, tel. 030/291478 – Fax 030/43194 – e-mail: info@ipasvibs.it. La cancellazione dei dati può essere conseguente alla sola delibera di cancellazione dall'albo motivata solo dal fatto di non esercitare più la professione infermieristica.
- Se esistono i presupposti di legge, l'iscrizione sarà deliberata entro sessanta giorni dalla presentazione della domanda, salvo deroghe di legge.

### Autocertificazione CASSA ENPAPI

Il/La sottoscritto/a **DICHIARA**

**di non esercitare attività libero professionale**, contestualmente o meno ad altra attività di tipo subordinato.

**Di esercitare attività libero professionale** con il seguente n. di P.IVA \_\_\_\_\_

- associato allo Studio \_\_\_\_\_

#### **In alternativa (facoltà di non iscrizione all'Ente):**

**di essere iscritto in altro albo professionale** dotato di Ente di Previdenza e di esercitare la facoltà di non iscrizione all'ENPAPI


**di avere compiuto l'età di 65 anni** e di esercitare la facoltà di non iscrizione all'ENPAPI.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di essere informato sui requisiti per l'iscrizione obbligatoria all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza della Professione Infermieristica.

### Liberatoria utilizzo dati

COGNOME NOME (stampatello)

FIRMA (per accettazione)

 <p>IPASVI BS</p>	<b>DOMANDA DI TRASFERIMENTO</b>	<b>M ALBO 010</b> <b>Rev.02</b> <b>Pag. 3 di 3</b> 10.10.2011
--	---------------------------------	--

INFORMATIVA

Ricordiamo che l'iscrizione al Collegio IPASVI è obbligatoria per l'esercizio professionale, e che è vincolata alla comunicazione di:

- cambi di domicilio e/o residenza,
- scadenze e rinnovi del permesso di soggiorno,
- pagamento delle quote annuali,
- variazione numeri telefonici,
- variazione indirizzo posta elettronica.

I casi per i quali è attivata la cancellazione sono:

- mancato invio/rinnovo permesso di soggiorno
- morosità
- irreperibilità accertata
- altre situazioni che il Consiglio Direttivo valuterà come inadempimenti.

FIRMA (per accettazione)

---

Brescia

---